

Nome: _____ Ano: _____

ENTREVISTA CLÍNICA

1. Manifestações clínicas frequentes da doença

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dor abdominal | <input type="checkbox"/> Muco nas fezes | <input type="checkbox"/> Borborigmo |
| <input type="checkbox"/> Distensão abdominal | <input type="checkbox"/> Tenesmo | <input type="checkbox"/> Febre |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Hematoquezia | <input type="checkbox"/> Emagrecimento |
| <input type="checkbox"/> Constipação | <input type="checkbox"/> Enterorragia | <input type="checkbox"/> Proctalgia |

2. Manifestações Extraintestinais

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orais | <input type="checkbox"/> Dermatológicas | <input type="checkbox"/> Hematológicas |
| <input type="checkbox"/> Oftalmológicas | <input type="checkbox"/> Reumatológicas | <input type="checkbox"/> Hepáticas |

Comentários: _____

3. Complicações

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Massa abdominal | <input type="checkbox"/> Fístula intestinal | <input type="checkbox"/> Fissura anal |
| <input type="checkbox"/> Suboclusão intestinal | <input type="checkbox"/> Fístula enterocutânea | <input type="checkbox"/> Enterorragia grave |
| <input type="checkbox"/> Obstrução intestinal | <input type="checkbox"/> Fístula perianal | <input type="checkbox"/> Má absorção |
| <input type="checkbox"/> Estenose intestinal | <input type="checkbox"/> Abscesso abdominal | <input type="checkbox"/> Desnutrição |
| <input type="checkbox"/> Perfuração intestinal | <input type="checkbox"/> Abscesso perianal | <input type="checkbox"/> TVP |

4. História Progressa

- Tabagismo Não Sim _____
 Etilismo Não Sim _____
 Alergia Não Sim _____
 Cirurgia Não Sim

- Intestino Delgado Intestino Grosso Perianal Colostomia Ileostomia

	/ /
	/ /
	/ /

HISTÓRIA MEDICAMENTOSA

MEDICAMENTO	INÍCIO	DOSE	POSOLOGIA	RESULTADO
Prednisona				
Budesonida				
Mesalazina oral				
Mesalazina supositório				
Mesalazina enema				
Sulfassalazina				
Azatioprina				
Metotrexate				
Tofacitinibe				
Infliximabe				
Adalimumabe				
Certolizumabe				
Vedolizumabe				
Ustequinumabe				
Ciprofloxacino				
Metronidazol				

6. Monitoramento durante o uso de imunobiológicos

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sorologia HIV | <input type="checkbox"/> Calprotectina | <input type="checkbox"/> PPD |
| <input type="checkbox"/> Sorologia VHB | <input type="checkbox"/> Teste de gravidez | <input type="checkbox"/> IGRA |
| <input type="checkbox"/> Sorologia VHC | <input type="checkbox"/> Calendário Vacinal | <input type="checkbox"/> RX de tórax |

Comentários: _____

7. História Familiar:

História familiar de DII: Não Sim Grau de Parentesco: _____

EXAME FÍSICO GERAL

Peso Atual: _____ Peso Habitual: _____ Altura: _____ IMC: _____

EXAME ABDOMINAL

EXAME PROCTOLÓGICO

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Plicoma | <input type="checkbox"/> Hemorróidas |
| <input type="checkbox"/> Fissura | <input type="checkbox"/> Fístula Simples | <input type="checkbox"/> Fístula Complexa |

Manifestações extraintestinais: _____

Complicações: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doença de Crohn | <input type="checkbox"/> Retocolite Ulcerativa | <input type="checkbox"/> Indeterminada |
|--|--|--|

Fenótipo da doença e extensão:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TGS | <input type="checkbox"/> Cólon ascendente | <input type="checkbox"/> Cólon sigmóide |
| <input type="checkbox"/> Intestino delgado | <input type="checkbox"/> Cólon transverso | <input type="checkbox"/> Reto |
| <input type="checkbox"/> Íleo terminal | <input type="checkbox"/> Cólon descendente | <input type="checkbox"/> Região perianal |

Atividade da doença

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Moderada | <input type="checkbox"/> Severa |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Classificação de Montreal: _____ CID: _____

_____/_____/_____
Data

MÉDICO